

**NOTE DE
CADRAGE**

Accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveaux nés

Validée par le Collège le 5 mai 2021

Date de la saisine : 31 juillet 2020
des familles**Demandeur** : Secrétariat d'état chargé de l'enfance et**Service(s)** : DAQSS/SBP**Personne(s) chargée(s) du projet** : Christine REVEL DELHOM

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

La HAS a été saisie en juillet 2020 par le Secrétariat d'état chargé de l'enfance et des familles afin d'élaborer des recommandations pour un accompagnement personnalisé au retour à domicile des couples mères-enfants ne répondant pas à un bas risque médical, psychique et social. La demande comprend aussi la détermination de critères de vulnérabilité permettant d'identifier ces couples mères-enfant.

Cette saisine s'inscrit dans le cadre du chantier des « 1000 premiers jours » en lien avec le Plan Priorité Prévention de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.

L'objectif est de définir les conditions et l'organisation du retour à domicile de ces couples mère-enfant en situation de vulnérabilité.

1.2. Contexte

Chantier des « 1000 premiers jours »

Pour expliciter cette demande, la saisine s'appuie sur le « chantier des 1000 jours » lancée en septembre 2019 par le Secrétariat d'Etat à l'enfance et aux familles.

L'objectif de ce chantier est de mieux accompagner les parents sur le plan médical, social et éducatif, il s'inscrit dans un accompagnement et un soutien à la parentalité afin de préserver un développement harmonieux de l'enfant et favoriser les liens d'attachement.

Selon le projet de chantier des 1000 premiers jours, « aujourd'hui, l'accompagnement des parents est souvent seulement médical. Il faut conserver cette approche médicale bien sûr et la compléter avec une approche éducative et sociale. Il s'agit d'un véritable changement de culture. » (1)

En effet la période des 1000 jours, allant du 4^e mois de grossesse aux deux ans de l'enfant est une période décisive de la vie d'un enfant, pour son développement cognitif, affectif, sa santé, son équilibre psychique plus tard en tant qu'adulte et même ses chances de réussir à l'école.

Une commission a été mise en place afin de formuler des préconisations concrètes pour la politique des « 1 000 premiers jours » qui ont été publiées dans un rapport en septembre 2020.

Critères de vulnérabilité pour identifier les couples mères-enfant ne répondant pas à un bas risque médical, psychique et social.

Il s'agit donc de déterminer les critères de vulnérabilité permettant d'identifier les couples mères-enfant ne répondant pas à un bas risque médical, psychique et social. Différents travaux ont déjà proposé d'identifier ces critères :

En 2005 la HAS a publié des recommandations sur le thème « *Préparation à la naissance et à la parentalité* » dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007. Ces recommandations avaient pour objectifs, de préparer les couples à l'accueil de leur enfant, de repérer les situations de vulnérabilité pour proposer un accompagnement, de soutenir la parentalité et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal.

Ce document propose une liste de facteurs de vulnérabilité, susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant. (2)

Par la suite, en 2014 des recommandations ont été publiées par la HAS « *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés* », dans lesquelles une liste de critères a été établie afin d'identifier les femmes et les nouveaux nés à bas risque médical, psychique et social.

Cette liste de critères porte sur des critères médicaux qui, lorsqu'ils existent, nécessitent une prise en charge spécifique et singulière en fonction de la pathologie observée. Ces différentes pathologies présentes au cours de la grossesse et du post partum font déjà l'objet de recommandations spécifiques adaptées à la pathologie sous-jacente et dans lesquelles le suivi du couple-enfant fait partie de la prise en charge.

Au-delà des critères médicaux, cette liste comprend des critères portant sur la vulnérabilité sociale, psychique, la coexistence de conduites addictives, et la parentalité à travers la notion de lien mère-enfant. (3)

En 2016, les recommandations HAS « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* » ont défini les principales situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse.

Cette liste indicative et non exhaustive des situations à risque comprend notamment les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou liés à une grossesse précédente, les facteurs de risque médicaux, gynécologiques et obstétricaux ainsi que des facteurs sociaux et environnementaux, (4).

En 2020, le rapport de la Commission d'experts sur les « 1 000 premiers jours » propose aussi une liste des situations de vulnérabilité constituant des situations particulièrement à risque qui requièrent une réponse adaptée en terme d'accompagnement. (1)

Enfin, ce travail pourra s'appuyer sur le *Cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger* publié par la HAS en 2021. Sur la base des facteurs de risque de maltraitance identifiés (facteurs individuels, familiaux et environnementaux), la HAS a élaboré un guide qui définit les thématiques et sous-thématiques à évaluer lorsqu'une information préoccupante a été émise concernant un enfant. Ces thématiques concernent l'enfant et ses relations avec son entourage, mais aussi le cadre de vie, la situation de chacun des parents et la relation entre les parents. L'enjeu est en effet de repérer les difficultés ayant un impact sur l'enfant (difficultés financières et professionnelles, isolement social, problématique de santé, addiction, handicap, etc.). (5)

Stratégies politiques d'accompagnement pré et post natal

L'accompagnement pré et post natal a déjà fait l'objet de plusieurs mesures gouvernementales dans le cadre de différentes stratégies nationales :

Un des objectifs de la **Stratégie nationale de santé 2018-2022**, concerne l'accompagnement des parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé de l'enfant, en agissant dès la grossesse, à l'accouchement et durant la période néonatale. Il s'appuie sur l'amélioration de la coordination des acteurs intervenant auprès des familles et susceptibles d'accompagner les parents quant à la santé de l'enfant (champ sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire ou social) et le renforcement du réseau de la protection maternelle et infantile (PMI). (6)

Parallèlement, une **Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018 – 2022** a défini des propositions d'actions pour accompagner les parents en période périnatale (grossesse, sortie de maternité, premiers mois après la naissance) en développant et renforçant l'activité des SAAD¹ Familles et en renforçant leur capacité à intervenir auprès des familles à besoins particuliers (handicap, migrants).

Cette intervention est optimisée et facilitée par la mise en œuvre d'un partenariat entre les professionnels de santé et du social si possible en lien avec le réseau de santé en périnatalité (RSP), lorsqu'il existe.

En effet, les acteurs susceptibles d'intervenir auprès des jeunes enfants et de leurs familles sont divers et s'inscrivent dans des organisations qui communiquent parfois trop peu entre elles : acteurs de santé (hôpitaux, services de PMI, médecins libéraux, CAMSP, SESSAD), services aux familles (Caf, services d'aides à domicile, structures de soutien à la parentalité, modes d'accueil des jeunes enfants), aide sociale à l'enfance (centres parentaux), équipes éducatives, (7)

Enfin la **Stratégie Nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022** a fait plusieurs propositions pour améliorer l'accompagnement des parents lors de la grossesse et en post natal.

Les principales mesures portent sur l'importance des visites prénatales, du soutien à domicile en post natal, de préserver les soins en santé et de développer les postes de professionnels (médiateurs en santé, psychologues, psychomotriciens dans les PMI, ..). (8)

¹ Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D)

Etat des lieux : Dispositifs d'aide et d'accompagnement en France

Dans les années 1980 à 2000, plusieurs interventions périnatales précoces ont été développées dans le but d'améliorer la santé des enfants et, pour la majorité, de réduire les inégalités.

De façon générale, ces interventions s'appuient sur le rôle « pivot » de la mère, et offrent des visites à domicile, se déroulent en période prénatale ou postnatale et visent le rehaussement des habiletés parentales.

Plusieurs revues de la littérature concluent à l'efficacité de ces programmes concernant notamment les visites à domicile. Globalement, on constate, selon les programmes, l'amélioration de la santé maternelle prénatale, l'amélioration de la santé des enfants, la diminution des naissances de poids insuffisant et de la morbidité néonatale, un meilleur développement cognitif et socioaffectif, la diminution des blessures non intentionnelles et des hospitalisations, une amélioration des pratiques parentales et de la relation parent-enfant.

Les effets positifs de ces interventions sont plus marqués chez les populations les plus défavorisées au plan socio-economique. (9)

Les principaux facteurs de réussite des interventions en périnatalité reposent sur la précocité, la continuité pré- et postnatale et la stabilité des équipes et des intervenants. (9).

Centres de protection maternelle et infantile (PMI)

La France dispose depuis 1945 des centres de protection maternelle et infantile (PMI), qui offrent des services préventifs, des consultations et des visites à domicile, accueillent et accompagnent les mères en situation de vulnérabilité et leurs enfants.

La PMI présente la particularité de regrouper en un même lieu des personnels sociaux et sanitaires et de réaliser à la fois des interventions individuelles et collectives. Les caractéristiques de la PMI en font également un acteur pertinent pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Les interventions précoces de la PMI, débutées pendant la grossesse par les sages-femmes et poursuivies avec les enfants par les infirmières puéricultrices et les médecins, permettent d'agir favorablement dès le plus jeune âge.

L'action des PMI se situe donc au cœur de l'importance accordée aux « 1 000 premiers jours ». Plus particulièrement pour le soutien à la parentalité, dont la demande sociétale est croissante. Il s'agit d'une mission de prévention primaire dont les acteurs, au sein de la PMI, peuvent être multiples : personnels médical et paramédical, CCF², voire TISF³.

À ce soutien de la parentalité s'ajoutent d'autres actions de la PMI, dont l'entretien prénatal précoce (EPP), mesure-phare du plan périnatalité 2005-2007 ; le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) depuis 2010 ; ou l'intervention des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF). (9).

En 2016, la quasi-totalité des maternités (99 %) déclarent appartenir à un réseau de santé en périnatalité formalisé incluant le service départemental de Protection maternelle et infantile (PMI) et des professionnels libéraux (mentionnés par 90 % des maternités), mais moins souvent des représentants des usagers (48 %). Ces résultats sont très proches de ceux observés en 2010. (10)

² CCF Conseiller conjugal et familial

³ TISF Technicien de l'intervention sociale et familiale

Cependant, la PMI en France est, depuis plusieurs années, confrontée à de grandes difficultés à la fois financières (manque de financement, disparité budgétaire importante entre les départements) et de recrutement en particulier des médecins par manque d'attractivité. Parallèlement, la PMI a vu ses missions législatives non sanitaires s'accumuler, sans moyen supplémentaire, ce qui l'a conduit à réduire les moyens dévolus au sanitaire et à la prévention alors même que les besoins étaient croissants. Il en résulte un rétrécissement marqué de l'activité sanitaire de la PMI en direction des publics fragiles. (11)

En pratique, en 2019 et selon le rapport accompagnant la *Stratégie Nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022*, les visites à domicile infantiles par des infirmières puéricultrices ont vu leur nombre presque divisé par 2 en 25 ans (1 million en 1991, 580 000 en 2016) et les visites à domicile maternelles par des sages-femmes de PMI ont également baissé (264 000 en 1995, 188 000 en 2016). Les consultations en PMI ont drastiquement été réduites depuis 20 ans (en 1995, près de 900 000 enfants avaient été vus en consultation de PMI en 2016, l'activité ne s'élève plus qu'à 550 000 consultants, soit une baisse de 45%). (8, 11)

Réseaux de santé en périnatalité (RSP)

Dans le cadre du plan périnatalité, des réseaux de santé en périnatalité (RSP) ont été développés avec pour objectifs l'amélioration de la sécurité et de la qualité de prise en charge des mères et des nouveau-nés.

Ces réseaux de périnatalité ont pour mission d'optimiser la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né grâce à la mutualisation des professionnels et établissements de santé. Les professionnels adhérents aux réseaux de périnatalité s'engagent à orienter la femme enceinte vers d'autres professionnels selon l'évolution de sa grossesse, et les nouveau-nés selon leur état de santé.

Les réseaux de santé (RSP) mettent à disposition des maternités de nombreux outils : des formations et des protocoles de prise en charge (respectivement pour 86 % et 83 % des maternités), des outils pour faciliter les collaborations interprofessionnelles et la coordination des soins entre les maternités et les soins de ville.

Au-delà de leur mission de qualité et de sécurité des soins, les réseaux se sont fixés des actions plus transversales : assurer une prise en charge globale de la mère et l'enfant en favorisant les collaborations interprofessionnelles et la coordination des interventions entre les professionnels de santé et les professionnels du médico-social et social. (12)

Organisation de la sortie et de la prise en charge au domicile

La Haute autorité de santé (HAS) a publié en 2014 des recommandations concernant les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Conformément à ces recommandations, 94 % des maternités déclarent informer les femmes pendant leur grossesse des modalités de sortie organisées par l'établissement après l'accouchement.

Au moment de l'enquête, 69 % des établissements publics, 54 % des ESPIC⁴ et 46 % des maternités privées à but lucratif déclarent remettre systématiquement aux femmes une fiche de liaison maternité/ville, (outils destinés à informer les professionnels libéraux sur la prise en charge du couple mère/enfant dans la maternité), lors de leur sortie de la maternité.

⁴ ESPIC : Etablissements de santé privés d'intérêt collectif

Le PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile) a été initié par l'assurance maladie en 2010 et a pour objectif de permettre un retour à domicile plus rapide après une hospitalisation sans complication. En obstétrique, l'intervention d'un conseiller de l'assurance maladie pendant l'hospitalisation permet aux femmes avec un nouveau-né unique d'organiser le retour à domicile et de proposer un suivi par une sage-femme libérale. Alors que 8 % des maternités déclaraient proposer à la plupart des femmes une visite à domicile par une sage-femme libérale à la sortie de suite de couches en 2010 elles sont 79 % à le faire dans le cadre du PRADO et 13 % en dehors du cadre du PRADO en 2016 lorsque la mère et le bébé « vont bien ». (10)

Accueil des populations vulnérables

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs opérationnels créés par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Elles visent à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Il s'agit de leur rendre l'accès au système de santé plus aisé et de les accompagner dans leurs démarches.

En 2016, 92 % des établissements publics, 78 % des ESPIC et 60 % des établissements privés à but lucratif déclarent avoir une PASS ou d'autres dispositifs spécifiques dans l'établissement pour faciliter la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité. (10)

Expérimentation PANJO (9)

Panjo est une intervention expérimentale conçue par Santé publique France pour soutenir les mères pendant la grossesse et après la naissance. Il s'agit d'une intervention à domicile de prévention précoce qui vise à renforcer les capacités des parents en situation de fragilité psychosociale, à répondre aux besoins fondamentaux de leur nouveau-né. Cette intervention est menée par les professionnelles de PMI. Le pilotage de PANJO est national, mais la mise en œuvre est départementale, voire infra-départementale.

Après une première phase expérimentale, débutée en 2014 (PANJO 1), Santé publique France, l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé et 11 Conseils départementaux conduisent depuis 2016 l'étude PANJO 2. Elle propose à des femmes accueillant leur premier enfant et vivant en situation de vulnérabilité psychosociale, un soutien à domicile renforcé qui vise à développer les liens d'attachement sécurisés entre elle et leur nouveau-né, dans une approche globale et positive de leur santé.

Données épidémiologiques

L'Enquête nationale périnatale de 2016 (10) décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, et les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, ainsi que les lieux d'accouchement et l'environnement des naissances. Les résultats présentent une description de la situation en 2016 et les évolutions depuis la précédente enquête nationale périnatale de 2010.

Consultation pré-conceptionnelle

Seulement 35,3 % des femmes rapportaient avoir consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de leur grossesse alors qu'une consultation pré-conceptionnelle est conseillée depuis 2009 pour toutes les femmes désirant une grossesse

Entretien prénatal précoce (EPP)

Il a été mis en place en 2007 afin de repérer précocement les problématiques médico-psychosociales et permettre aux couples d'exprimer leurs attentes et leurs besoins concernant la grossesse. Il est

encore peu diffusé en 2016 : seules 28,5 % des femmes déclarent en avoir eu un, contre 21,4 % en 2010, alors que 85 % des maternités déclarent qu'elles en organisent. Il est plus fréquent chez les primipares (39,5 %) que chez les multipares (20,5 %). Il est essentiellement réalisé par les sages-femmes en libéral ou à la maternité (respectivement pour 47,2 % et 42,7 % des femmes ayant eu un EPP). À l'issue de l'entretien, 14,6 % des femmes ont dit qu'elles avaient été orientées vers un professionnel pour des raisons particulières (difficultés sociales, difficultés psychologiques, tabagisme, etc.).

Visites à domicile durant la grossesse

Pendant la grossesse, 18,4 % des femmes ont eu au moins une visite à domicile par une sage-femme (12,7 % par une sage-femme libérale et 4,7 % par une sage-femme du service de PMI). Cette distribution suggère qu'une large part des visites est effectuée pour assurer un suivi médical des femmes plutôt que pour offrir un soutien aux femmes présentant une vulnérabilité psycho sociale.

Les ménages en situation de précarité

Au sein des ménages dans lesquels ni la femme ni son partenaire n'ont d'emploi, les femmes sont plus jeunes, ont eu plus fréquemment des enfants avant la période d'accouchement étudiée, et sont plus souvent de nationalité étrangère.

La part des femmes ne vivant pas en couple est également beaucoup plus importante chez les femmes en situation précaire (31,3 % contre 1,8 % des femmes non précaires), et près de 6 % des femmes en situation précaire n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse pour la prise en charge des soins médicaux.

Des facteurs de risque médicaux sont également plus fréquemment identifiés chez ces femmes : contexte psychologique de la grossesse plus défavorable, surpoids ou obésité plus fréquents, ainsi que le tabagisme.

Enfin, la part des naissances prématurées et celle des enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 g sont plus élevées parmi les naissances vivantes uniques : 8,5 % des nouveau-nés sont nés avant 37 SA et 9,5 % pesaient moins de 2 500 g à la naissance et ces femmes sont moins nombreuses à adopter un allaitement maternel exclusif : 44,1 % contre 53,3 %. (10)

Etat des lieux documentaires

TRAVAUX HAS	<p>RBP Haute Autorité de Santé. <i>Cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger</i>, 2021</p> <p>RBP Haute Autorité de Santé. <i>Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés</i>. HAS ; 2014</p> <p>RBP : Haute Autorité de Santé. <i>Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé</i>. HAS ; 2012</p> <p>RBP : Haute Autorité de Santé. <i>Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum</i>. HAS ; 2011</p>

	<p>RBP : Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. HAS ; 2009</p> <p>RBP : Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. HAS ; 2005</p> <p>RBP : Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. HAS ; 2004</p>
MINISTERE DE LA SANTE	<p>Rapport de la Commission des 1000 premiers jours ; 2020</p> <p>Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. Paris : Ministère de la santé ; 2014</p> <p>Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 no 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional ; 2015</p> <p>Stratégie nationale de santé 2018-2022 ; 2017</p> <p>Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 ; 2018</p> <p>Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022</p>
RECOMMANDATIONS EXISTANTES	<p>2019 <i>Australian Government Department of Health Pregnancy care</i></p> <p>2018 <i>VA/DoD clinical practice guidelines Management of pregnancy</i></p> <p>2015 <i>European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015</i></p>
PRINCIPAUX RAPPORTS	<p>2017 INSERM Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Enquête nationale périnatale Rapport 2016</p> <p>2016 ANAP Suivi de grossesse et organisation des acteurs Retour d'expériences et enseignements</p> <p>2015 INVS Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France</p> <p>2011 IGAS Les inégalités sociales de santé dans l'enfance</p>

1.3. Enjeux

Les principaux enjeux sont :

- identifier les situations pour lesquelles l'accompagnement post-maternité « classique » semble insuffisant, en raison de vulnérabilités particulières du couple mère-enfant
- définir l'accompagnement à mettre en œuvre pour les parents et l'enfant

La période de développement de l'enfant comprise entre le quatrième mois de grossesse et les deux ans de l'enfant est une période de grande vulnérabilité pour l'enfant, durant laquelle la qualité des interactions avec l'environnement peut avoir un effet durable.

Dans ce contexte un environnement favorable est capital pour le développement harmonieux de l'enfant. Il est donc nécessaire d'identifier ces situations de vulnérabilité afin de faciliter leur repérage et de proposer un accompagnement adapté du couple mère-enfant

Les données sont en faveur d'interventions précoces qui constituent un levier essentiel et une stratégie efficace dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et renforcent l'importance de mieux accompagner les parents dans cette période décisive.

Ces interventions nécessitent l'implication de professionnels provenant de différents horizons (secteur médical, secteur social) qui manquent de repères pour coordonner leurs actions. Face à des vulnérabilités sociales les acteurs du domaine médical sont en outre peu formés pour les identifier et pour proposer une orientation adaptée.

L'objectif est de proposer un outil qui permette l'identification et la prise en charge de ces situations de vulnérabilité au moment de la grossesse et un accompagnement lors du retour à domicile en favorisant une coordination sanitaire et sociale.

L'enjeu porte aussi sur la formation des professionnels concernés, l'enseignement des connaissances scientifiques sur le développement de l'enfant au cours des 1000 jours est actuellement insuffisant dans les offres de formation initiales des professions de la périnatalité et de la petite enfance.

1.4. Cibles

Professionnels concernés par le thème :

Ces recommandations concernent les professionnels exerçant dans le cadre de la périnatalité : sages-femmes, médecins spécialistes (gynécologue, obstétricien, pédiatre, pédopsychiatre), médecins généralistes, médecin et infirmière de PMI, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues, assistantes sociales,

Ainsi que les professionnels du secteur social participant à l'accompagnement du couple mère-enfant : TISF⁵, CCF⁶, etc..

Parties prenantes concernées par le thème :

- ➔ Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- ➔ Collège national des sages-femmes de France
- ➔ Médecine périnatale
- ➔ Pédiatrie
- ➔ Collège de médecine générale (CMG),
- ➔ Association nationale des puéricultrices diplômées d'État
- ➔ Associations de patientes (CIANE, ATD Quart Monde, UNAFAM, Associations accompagnant des personnes en situation de grande vulnérabilité sociale et de santé.)
- ➔ Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
- ➔ Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)
- ➔ Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)
- ➔ Société Française de Santé Publique
- ➔ Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé (ANDASS)
- ➔ Fédération nationale des centres parentaux

⁵ TISF Technicien de l'intervention sociale et familiale

⁶ CCF Conseiller conjugal et familial

1.5. Objectifs

- Identifier les situations de vulnérabilité des couples mère-enfant et du conjoint, et leurs conséquences
- Favoriser le repérage durant la grossesse de situations de vulnérabilité
- Informer les professionnels, sur les acteurs et les outils d'accompagnement des couples mère-enfant au cours de la grossesse et en post partum
- Proposer des modalités d'accompagnement des couples mère-enfant et du conjoint en situations de vulnérabilité
- Favoriser une meilleure coordination des professionnels pour l'accompagnement des couples mère-enfant et du conjoint en situations de vulnérabilité

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Hors champ

Pathologies maternelles et néonatales qui nécessitent une prise en charge médicale spécifique

Pathologies psychiques du post partum qui font l'objet d'un travail HAS spécifique actuellement en cours de réalisation

Questions à traiter

1/ Situations de vulnérabilité au cours de la grossesse et leurs conséquences

- Quelles sont les situations de vulnérabilité du couple mère -enfant nécessitant un accompagnement post accouchement ?
- Quels sont les risques liés aux situations de vulnérabilité pour la mère et pour l'enfant ?

2/ Modalités de repérage des situations de vulnérabilité

- A quels moments (en cours de grossesse, après la grossesse) les situations de vulnérabilité doivent-elles être repérées ? Faut-il un repérage systématique ?
- Comment repérer ces situations (entretien, outils, scores, questionnaires ...) ?
- Quels professionnels participent à ce repérage ?
- Quelles sont les modalités de repérage à mettre en place durant le séjour à la maternité pour l'accouchement ?
- Quelles informations transmettre à la mère pour favoriser son adhésion et éviter une stigmatisation ?

3/ Action de prévention à mettre en œuvre pour accompagner le retour à domicile

- Quelles mesures de prévention proposer durant la période périnatale, dans quels domaines (nutrition, couchage du bébé, violence, addictions, bébé secoué,) et selon quelles modalités ?

4/ Anticipation d'un accompagnement lors du retour à domicile

- Quels sont les objectifs de cet accompagnement en fonction de la situation de vulnérabilité, des besoins et des demandes de la mère : quels types d'accompagnement peuvent être proposés ?
- Comment favoriser l'adhésion de la mère et du conjoint ? comment tenir compte de ses souhaits et de ses demandes pour mettre en place cette accompagnement ?
- Quelles sont les modalités pour mettre en place un accompagnement du post partum (par qui, quand, implication d'une équipe pluridisciplinaire) dès la grossesse puis à la maternité lors de l'accouchement ?

4/ Modalités de l'accompagnement à mettre en place lors du retour à domicile, en lien avec la mère et le conjoint

- Quel accompagnement pour soutenir la parentalité en général et plus particulièrement en cas de prématurité de l'enfant ?
- Quel accompagnement en cas d'handicap de l'enfant ?
- Quel accompagnement en cas de facteurs de vulnérabilité liés à la santé des parents (handicap, trouble de la santé mentale ou psychiatrique, etc..) ?
- Quel accompagnement en cas de grande précarité sociale ?

5/ Coordination entre les professionnels et suivi de cet accompagnement après retour à domicile

- Quels sont les acteurs de cet accompagnement ?
- Quelle coordination peut être mise en place entre les différents acteurs et la famille ?
- Comment assurer le suivi de cet accompagnement (par qui ? comment adapter la durée ?)
- Comment évaluer les effets et réadapter si besoin les modalités (type de soutien, fréquence, etc..) de cet accompagnement ?

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

1.7. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Méthode RPC Recommandations pour la pratique clinique. Ce travail comprendra 2 à 3 réunions du groupe de travail (GT) pour élaborer les recommandations, une relecture externe par le groupe de lecture (GL), et 1 réunion du GT pour finalisation des documents en tenant compte des commentaires issus du GL.

1.8. Composition qualitative des groupes

- Médecin PMI
- Infirmière puéricultrice de PMI
- Sage femmes (dont une de PMI)
- Puéricultrices (dont une auxiliaire de puériculture)
- Médecin généraliste
- Médecin coordonnateur d'HAD obstétrical
- Pédiatre et pédiatre en néonatalogie
- Pédopsychiatre
- Gynéco Obstétricien
- Psychologue
- Assistante sociale
- Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)
- Professionnel du secteur social (CCAS)

- Professionnel d'un centre parental (protection de l'enfance)
- Professionnel du Service d'accompagnement à la vie sociale parentalité (SAVS) (pour les adultes handicapés)
- Professionnel du Service d'Accompagnement et de Soutien à la Parentalité (SASP)
- Représentants des usagers

La composition qualitative du groupe de lecture reprendra celle du groupe de travail et des spécialités consultées (exerçant à l'hôpital, en libéral, voire en PMI), en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national et en incluant :

- Professionnel des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (pour l'hébergement d'urgence)
- Professionnel d'un Centre de Planification ou d'Éducation familiale

1.9. Productions prévues

A destination des professionnels de santé :

- ➔ Argumentaire scientifique
- ➔ Recommandations
- ➔ Fiches outils

2. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission pour évaluation finale : 01/12/2021
- Date de validation du collège : 20/12/2021

Références bibliographiques

1. Taquet A, Cyrulnik B. Les 1000 premiers jours. Là où tout commence. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
2. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_fiche.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
4. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Le cadre national de référence : Evaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_synthese.pdf
6. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 ; 2017.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
7. Direction générale de la cohésion sociale. Dessine moi un parent. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf
8. Taquet A. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2022 [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/la-reforme-de-l-enfance-protégee/article/strategie-nationale-de-prevention-et-de-protection-de-l-enfance-2019-2022>
9. Gorza M, Bolter F. Les besoins fondamentaux des enfants. La Santé en Action 2019;(447).
10. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les Enquêtes Nationales Périnatales [En ligne]. Paris: DGS; 2017.
<http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
11. Peyron M, Jacquy-Vazquez B, Loulergue P, Poissy C. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
12. Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 n°015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. Bulletin Officiel Santé 2015;2015-8.
13. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux Suivi de grossesse et organisation des acteurs Retour d'expériences et enseignements 2016
<http://ressources.anap.fr/parcours/publication/1737>
14. Australian Government Pregnancy care. Clinical practice guidelines 2019
https://www.health.gov.au/sites/default/files/pregnancy-care-guidelines_0.pdf
15. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité 2013
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf
16. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité 2014
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_prekarite_ou_de_vulnerabilite.pdf
17. Euro-Peristat European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015
https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf

18. Inspection générale des affaires sociales Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant 2011 <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000581.pdf>
19. Institut de veille sanitaire Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France 2015 Bull Epidemiol Hebdo;(6-7):89-131
20. Institut national de la santé et de la recherche médicale Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Enquête nationale périnatale Rapport 2016, 2017 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
21. Observatoire national de l'enfance en danger Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance. Nouveaux éclairages et regards croisés 2014 <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/144000286.pdf>
22. Le Méner L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes 2016 La Santé en Action;(437):26-27
23. National Collaborating Centre for Primary Care Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies 2006 (2014)
24. Observatoire du Samusocial de Paris La grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet RÉMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis) https://www.perinat-nef.org/wp-content/uploads/2018/05/REMI-OSS_VF.pdf
25. Société française de santé publique Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé 2016 http://www.sfsp.fr/activites/file/rf_capitalisation_parentalite.pdf